

APRENDER PARA BEM NASCER!...

Ana Frias

Professora Doutora.

Professora Adjunta no departamento de Enfermagem da
Escola Superior de Enfermagem - Universidade de Évora, Portugal
anafrias@uevora.pt

Fecha de recepción: 26 de enero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMO

A informação proporcionada à grávida nas sessões de preparação para o parto permitem-lhe encarar o nascimento de forma serena e confiante e com atitudes mais adequadas quando da ida e permanência na maternidade. Esta investigação de natureza quantitativa e de carácter exploratório tem como objetivo conhecer a influência do Método Psicoprofilático nas atitudes da mulher na sala de parto e no desenrolar do trabalho de parto (demora da fase ativa do trabalho de parto, uso de analgésico, tipo de parto). Verificámos que a maior percentagem de grávidas, que apresentavam já início do trabalho de parto quando foram admitidas na maternidade, tinha realizado Preparação Psicoprofilática, e que, conseqüentemente, a maior percentagem de grávidas que tiveram que induzir o parto não o tinham realizado. Para testar as hipóteses formuladas utilizámos testes paramétricos (*teste t de Student*) e o teste não paramétrico de *Qui-quadrado*. Os resultados obtidos mostram que existem diferenças altamente significativas no uso de analgésico, na demora da fase ativa do trabalho de parto, no tipo de parto, entre os grupos que realizaram e não realizaram Preparação Psicoprofilática para o Parto. A realização deste estudo aponta, assim para, a existência de várias vantagens/benefícios da Preparação para o Parto, pelo método Psicoprofilático.

Palavras-chave: Trabalho de parto; fase ativa; tipo de parto Método psicoprofilático

ABSTRACT

Learning, for birthing well!...

The information provided to pregnant women in the preparation for delivery sessions allows them to face birth in a serene and confident way, and to assume a more appropriate behaviour when going to and staying at the maternity.

This research, of quantitative nature and exploratory quality, aims to determine the influence of the Psychoprophylactic Method on women's behaviour in the delivery room and during labour (delay

APRENDER PARA BEM NASCER!...

of the active phase of labour, analgesic usage, type of delivery). We gathered that the highest percentage of women who'd already exhibited signs of labour before checking-in to the maternity, had performed Psychoprophylactic Preparation for Birth, and therefore, that the majority of pregnant women whose birth had to be induced, hadn't.

In order to examine the devised hypotheses, we used parametric tests (Student's t-Test) and the nonparametric chi-square test. The results show highly significant differences in analgesic usage, delay of the active phase of labour, and type of delivery, between the groups that did and did not perform Psychoprophylactic Preparation for Birth. This study thus points to the existence of several advantages / benefits in Preparing for Labour, using the Psychoprophylactic Method.

Keywords: Labour; active phase; type of delivery; Psychoprophylactic Method

INTRODUÇÃO

Nos dias que antecedem o parto, a grávida relata receio das complicações que possam eventualmente surgir (quer sejam para a mãe, quer sejam para o recém-nascido), tais como: parto instrumental, com recurso a *fórceps*; cesariana; dor intensa; morte da mãe; morte do filho (Soifer, 1986). O parto origina sentimentos ambivalentes. Por um lado, pretende-se ver o filho e saber que tudo correu bem; por outro, é percebido como um risco e vivido com sentimentos negativos. No estudo desenvolvido por Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, (2003), salienta-se o elevado mal-estar e as muitas emoções negativas sentidas pela mulher durante o trabalho de parto e parto. Couto (2003) sublinha que há nesse momento um despertar de todas as vivências anteriores da gravidez, expectativas, ansiedades, medos e apreensões.

Se o período do trabalho de parto é inicialmente tranquilo, podendo a parturiente falar de suas expectativas de forma alegre e descontraída, o aumento das contrações representa mudanças mais drásticas para a mulher. Com o aumento das dores sentidas, sinais de que o momento do parto está a aproximar-se, a ansiedade e os medos aumentam. Vários sinais e sintomas levam a grávida a recorrer à maternidade para o nascimento do seu (sua) filho(a).

A grávida, quando devidamente informada, identifica os sinais e sintomas e o momento ideal para procurar a instituição que irá dar resposta às suas necessidades. A ida, muito antecipada ou tardia, para a maternidade pode interferir na progressão do trabalho de parto e pode afetá-lo positiva ou negativamente, refletindo-se no bem-estar materno e fetal. Suportando estas afirmações está o estudo de McNiven, Williams, & Hodnett, realizado em 1998, em que utilizaram um grupo experimental e outro de controlo e verificaram que o grupo experimental, em que as mulheres eram encaminhadas para o hospital só a partir do início da fase ativa de trabalho de parto, apresentava menor uso de analgésico, menor tempo de duração do trabalho de parto e mais partos eutócicos, assim como maior satisfação da experiência do parto. A indução do trabalho de parto é uma prática frequente em Portugal. As indicações para a indução do trabalho de parto, assim como os protocolos utilizados, variam de maternidade para maternidade. O parto deverá decorrer o mais fisiologicamente possível. A indução do trabalho de parto, quer com oxitocina (dilução de 5UI em 500cc de soro glicosado isotónico a 5%), quer com prostaglandinas (gel ou comprimidos via vaginal), segundo Bobak, Lowdermilk & Jensen (1999), podem representar riscos fetais, tais como a asfixia fetal e a hipoxia neonatal por contrações uterinas demasiado frequentes e prolongadas (hipertonia uterina), comprometendo o fluxo uteroplacentário e, conseqüentemente, o bem-estar fetal. A fase ativa do trabalho de parto tem um ritmo e duração mais previsíveis que a fase lactante (Lowdermilk & Perry, 2008). Segundo Bobak et al. (1999) e Graça (2005), a fase ativa, na primípara, dura em média cinco horas.

A dor e a ansiedade podem reduzir a libertação de oxitocina havendo uma contractilidade uterina menos regular e uma maior duração do trabalho de parto. Este aumento do tempo do trabalho de parto cria mais ansiedade e mais dor, crescendo este ciclo e descontrolando a parturiente levando a maior número de partos instrumentais. É, sem dúvida, importante eliminar ou reduzir essa ansiedade e a insegurança, o que poderá ser feito através da Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento (PPN).

MÉTODO

Para se atingir a excelência nos cuidados, há que pesquisar e investigar para se poder aplicar. Neste contexto, será adequado procurar mostrar, com este estudo: a Preparação Psicoprofiláctica, permite que a mulher deixe de se submeter passivamente ao parto, colaborando e trazendo, assim, benefícios para a mãe e para o filho.

Neste estudo iremos:

Analisar a relação existente entre a Preparação Psicoprofiláctica e:

Esponaneidade ou indução do trabalho de parto;

O tempo de demora da fase ativa do trabalho de parto;

O uso de analgésico durante o trabalho de parto;

O tipo de parto.

Colocaram-se as seguintes hipóteses:

Existem menos induções do trabalho de parto nas primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático,

As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, têm a fase ativa do trabalho de parto menos demorada que as primíparas que não a realizaram;

As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, usaram menos analgésicos que as primíparas que não a realizaram;

Existem mais partos eutócicos nas primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, do que nas primíparas que não a realizaram.

O questionário foi aplicado entre as 24 e 48 horas pós-parto. Recorreu-se a uma amostra não-probabilística de conveniência, constituída por puérperas primíparas, com idades entre os 20 e os 34 anos, de nacionalidade Portuguesa. Da amostra total, 178 (46%) fizeram o Curso de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento (CPPN) e 207 (54%) não realizaram o referido curso (SPPN).

Resultados e discussão

Das 385 grávidas, da amostra, a percentagem de grávidas que foram admitidas na maternidade, já no início do trabalho de parto, foi mais elevada (55,9%) no grupo CPPN. Por outro lado, nas do grupo SPPN, foi maior a percentagem de grávidas que tiveram que induzir o parto (66,9%). Realmente, mais do dobro do número de mulheres (109) que induziram o parto pertence ao grupo SPPN (66,9%), comparativamente com as 54 do grupo CPPN (33,1%). Ver Tabela 1. Eventualmente, porque as mulheres CPPN aprenderam qual o “momento ideal” para irem para a maternidade. Netto, Machado & Vilarinho (2006) salientam que, quando psicologicamente preparadas, as mulheres são capazes de racionalmente coordenar a ida para a maternidade, assim como todas as tarefas a desenvolver durante o trabalho de parto.

APRENDER PARA BEM NASCER!...

Tabela1. Distribuição segundo a Indução ou Espontaneidade do Trabalho de Parto

Trabalho de Parto	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Espontâneo	124	55,9%	69,7%	98	44,1%	47,3%	222
Induzido	54	33,1%	30,3%	109	66,9%	52,7%	163
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Se a grávida, quando chega à maternidade, já está em trabalho de parto a indução não é necessária. Foi o que se verificou no grupo CPPN. Para verificar se havia diferença entre os dois grupos, utilizou-se o teste do *Qui-Quadrado*. Podemos referir que não rejeitamos a hipótese de existir diferença entre os grupos no que respeita espontaneidade e à necessidade da indução do trabalho de parto ($n=19,530$; $df=1$; $p=0,000$).

Foi também interessante verificar que, pertenciam ao grupo CPPN, todas as parturientes que estavam na fase ativa do trabalho de parto (a partir dos 3 cm de dilatação e na qual o colo se dilata a um maior ritmo) quando foram admitidas nas maternidades. Esta fase é aquela que exige mais adaptações, tanto da parturiente, como do feto (Graça, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008). Por isso é a que exige mais vigilância e maiores cuidados de saúde. As parturientes que estavam já na fase de transição (prestes a ocorrer o nascimento) quando deram entrada na maternidade, pertenciam todas ao grupo SPPN, (Tabela 2) correndo assim vários riscos, quer a mãe, quer o bebé. Poderá, eventualmente estar aqui presente um desconhecimento ou incapacidade de apreensão da informação durante as consultas de vigilância da gravidez ou ainda o *stress* e o medo associados às contrações incapacitando-a de agir, fazendo com que recorra tardiamente à maternidade. A mulher que faz PPN sabe o que tem a fazer e evita a ida à maternidade por um falso alarme ou excessivamente tarde.

Tabela2. Distribuição segundo a Fase do Trabalho de Parto quando na admissão no Hospital

Características do Colo	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Fase latente	154	44,8%	86,5%	190	55,2%	91,8%	344
Fase ativa	24	64,9%	13,5%	13	35,1%	6,3%	37
Fase transição	0	0,0%	0,0%	4	100,0%	1,9%	4
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Graça (2005) diz-nos que a morbilidade e mortalidade perinatais estão aumentadas no parto que ocorre precipitadamente. Bobak et al. (1999) também refere que podem ocorrer complicações fetais tais como hipóxia e hemorragia intracraniana. Já segundo Graça (2005) e Lowdermilk & Perry (2008), um prolongamento da fase ativa pode levar a um número mais elevado de partos distócicos (*fórceps*, ventosas e cesarianas) e a lesões fetais ou mesmo à morte fetal.

Recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado de Pearson* (χ^2) para determinar se entre as mulheres que realizaram ppp e as que não realizaram há diferenças quanto à fase do trabalho de parto com que foram admitidas na maternidade. Obtivemos um *Qui-Quadrado* de 8,904, com um nível de signifi-

cância inferior a 0,05. Isto significa que não se aceita a hipótese nula e, logo, podemos referir que não rejeitamos a hipótese de existir diferença entre os grupos ($=8,904$; $df=1$; $p=0,012$).

Na nossa amostra, a média de demora da fase ativa do trabalho de parto é de 4:27 horas. No entanto, no grupo CPPN, a média de duração da fase ativa, é realmente mais baixa (3:02 horas) comparativamente com o grupo SPPN que revela 5:40 horas de média. As parturientes com mais de 8 horas de fase ativa do trabalho de parto encontravam-se no grupo SPPN (tabela 3).

Tabela 3. Estatística descritiva da Demora da Fase Ativa do Trabalho de Parto (horas)

	CPPN			SPPN			Total		
	Média	Min	Max	Média	Min	Max	Média	Min	Max
Tempo de demora na fase ativa do trabalho de parto	3:02	1:00	8:00	5:40	0	18:00	4:27	0	18:00

Para verificar a existência de diferenças entre os grupos, realizamos o teste *t de Student*¹. Foi previamente verificado o cumprimento dos pressupostos do teste². O teste demonstrou que não rejeitamos a hipótese de que existem diferenças significativas na média de demora da fase ativa do trabalho de parto ($t=-12,314$; $df=382$; $p=0,000$) entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram. A PPN parece ter efeito a nível da duração da fase ativa do trabalho de parto, provavelmente devido às grávidas estarem menos tensas, fazerem uso de uma ventilação correta promovendo assim uma melhor circulação sanguínea e relaxamento muscular permitindo uma contractilidade uterina mais eficaz, obtendo uma dilatação rápida e controlada do colo do útero, enquanto que as mulheres não preparadas podem entrar em esgotamento pela débil condição física e por não saberem aproveitar as suas próprias forças, gastando energia com movimentos e contractilidade de músculos não necessários ao trabalho de parto.

Os estudos de Kelly, (1962) e Levinson & Shnider, (1979), referidos por Hurtado, Donat, Escrivá & Poveda (2003), demonstraram que as mulheres com mais ansiedade e medo têm um aumento de catecolaminas, nomeadamente a noradrenalina, que provoca alterações da contractilidade uterina e da dilatação do colo do útero, causando um prolongamento do trabalho de parto. O *stress* leva também ao aumento de catecolaminas. Por outro lado, o estudo de Garcia & Garcia em 1955, evidencia níveis mais altos de catecolaminas em mulheres com um trabalho de parto complicado. Pensando que nas grávidas que realizam PPN há uma diminuição da ansiedade e do medo e consequentemente uma baixa de catecolaminas na circulação sanguínea, há também um parto mais fisiológico e menos prolongado. Este parece ter sido o caso das grávidas do estudo que realizaram PPN.

Embora se encontrem poucos estudos sobre a PPN e a duração da fase ativa do trabalho de parto, verificamos no estudo de Frias, Chora e Lopes (2007) e Frias & Franco (2008), que o tempo de demora da fase ativa do trabalho de parto é menor nas grávidas que realizaram a PPN. No estudo de Cunha (2008), em grávidas que realizaram preparação, constatou-se que o tempo de demora de todo o trabalho de parto foi de cerca cinco horas em 42% das parturientes e o de Freitas & Freitas (1996), de 6 horas, embora fossem consideradas, nestes estudos, as primíparas e as múltíparas.

A utilização de analgésicos, durante o trabalho de parto, pode também interferir na sua duração. Segundo Burroughs (1995), se o analgésico é administrado muito cedo, por exemplo na fase latente, pode atrasar o trabalho de parto. Quase 94% das grávidas que realizaram PPN não fizeram analgésicos endovenosos (EV) ou intramusculares (IM). Por outro lado, 90% das primíparas, que refe-

APRENDER PARA BEM NASCER!...

riram terem-lhes sido administrados analgésicos, pertenciam ao grupo SPPN (tabela 4). As diferenças encontradas são significativas apontando para maior utilização de analgésicos por parte das primíparas SPPN, evidenciando também mais medo e algum descontrolo.

Tabela 4. Distribuição segundo o Uso de Analgésicos

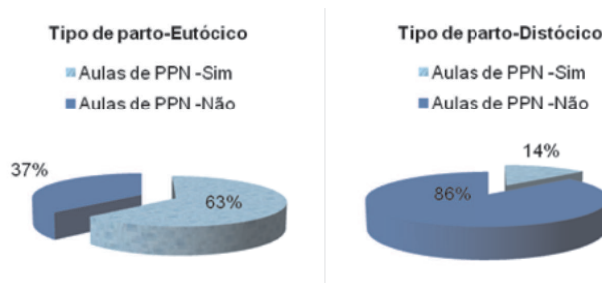
Fez analgésico	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Não	167	60,7%	93,8%	108	39,3%	52,2%	275
Sim	11	10,0%	6,2%	99	90,0%	47,8%	110
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Estes dados sugerem o descrito por Vellay (1998), quando afirma que a dor é influenciada por fatores psicológicos, tais como o medo e a tensão, que levam muitas vezes a alterações comportamentais de descontrolo e desespero. Estes comportamentos exigem frequentemente o recurso à analgesia EV ou IM. Também estudos anteriores (Frias et al., 2007, Frias & Franco, 2008) comprovam que há menor utilização de medicamentos para alívio da dor nas parturientes que realizaram a PPN. O estudo de Freitas & Freitas (1996), onde eram avaliadas primíparas e múltiparas, não encontrou diferença estatística entre o grupo CPPN e SPPN em relação à analgesia, mas as parturientes do grupo SPPN solicitaram mais frequentemente o seu uso.

Para verificarmos se existe diferença no uso de analgésico nas primíparas dos grupos CPPN e SPPN, realizamos o teste *do Qui-Quadrado* e não rejeitamos a hipótese de existirem diferenças significativas no uso de analgésico entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram ($\chi^2=8,134E$; $N=385$; $p=0,000$).

No atual estudo encontramos um predomínio dos partos eutócicos no grupo CPPN (63,2%) e dos partos distócicos (ventosas 86% e fórceps 85,7%) no grupo SPPN (Figura1). No grupo CPPN tivemos um total de partos eutócicos de 89,9% e cerca de 10% de distócicos. No grupo SPPN há um predomínio dos partos por ventosa e fórceps (55,1%), talvez porque as grávidas que realizam PPN tornam-se mais participativas no trabalho de parto, aprendem a “fazer força” para o momento da expulsão do bebé, estão mais descontraídas e relaxadas, suportam melhor as dores. Encontram-se mais preparadas, pois todos estes aspetos são treinados nas aulas de PPN.

Figura1. Tipo de Parto nas Primíparas do Grupo CPPN e SPPN



O medo da dor e o fato da mulher não estar preparada psicologicamente para o parto, podem ser fatores de aumento da ansiedade, pelo menos na primeira fase do trabalho de parto, predizendo maior duração e mais partos instrumentais (*fórceps* e ventosas). Nos resultados obtidos verificamos que há, realmente, mais partos eutócicos no grupo CPPN e há diferenças muito significativas entre os dois grupos ($=8,586E1$; $df=1$; $p=0,000$). Martins (2002) reforça a ideia quanto à existência de relação entre o funcionamento psíquico e o fisiológico, no que se refere ao medo, à produção de catecolaminas e ao efeito sobre o processo do parto e tipo de parto.

Também a correlação entre o tipo de parto e o controlo da dor demonstrou ser forte e muito significativa ($r=0,330$; $N=385$; $p=0,000$). Parece-nos estar aqui evidente o aumento da ansiedade, do medo e até das preocupações causadas pelos partos instrumentais, (*fórceps* e ventosas) contribuindo para uma experiência mais negativa e um menor controlo da experiência do parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece estar, neste estudo, evidenciada a importância da aprendizagem, nos Cursos de PPN, não só das alterações anatómicas e fisiológicas na gravidez e trabalho de parto, incluindo os sintomas e sinais de início de trabalho de parto, do momento ideal de ida para a maternidade, como dos exercícios de relaxamento e ventilação que tornam a mulher menos tensa, com uma ventilação correta, permitindo que o útero se encontre devidamente oxigenado e “trabalhe” a um ritmo capaz e com uma eficiência que permita uma demora da fase ativa do trabalho de parto menor, mas não de risco.

A PPN cria, na mulher, expectativas realistas de modo a que a mulher tenha a informação necessária sobre o desenrolar do trabalho de parto. Niven (1988) afirma que a dor é mais elevada nas mulheres que apresentam expectativas irrealistas a respeito do parto. As que apresentam expectativas mais realistas, são as que fizeram PPN, apresentando também um maior controlo e participação em todo o decorrer do trabalho de parto. A PPN é crucial para alcançar o controlo da dor, o que permite uma maior satisfação da experiência. Existem também evidências demonstradas sobre a associação positiva entre a educação pré-natal realizada através da PPN, e a diminuição do medo e o aumento da satisfação na experiência do parto (Hurtado et al., 2003; Loureiro, Ferreira & Freitas, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M.(1999). *Enfermagem na maternidade*. (4.ªed.) Loures: Lusociência.
- Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. (6ªed). Porto Alegre: Artes Médicas
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia Saúde e Doenças*, 4 (1), 47-68.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Cunha, F. (2008). Preparação para o parto no Centro de Saúde de Ílhavo: contributo prático da vigilância pré-natal. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 8, 21-25.
- Freitas, G. & Freitas, O. (1996). *Preparação para o parto pelo método Psicoprofiláctico*. Sinais Vitais, 8, 41-45.
- Frias, A., Chora, A. & Lopes, A. (2007). Preparação psicoprofiláctica para o parto: Gravidez saudável versus bebé saudável. In III encontro de investigação “ perspectivar e investigar em saúde” e I jornadas de saúde materna e infantil “ olhares sobre a prática”. (p.179-183). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. (ISBN 978-972-97739-4-5)

APRENDER PARA BEM NASCER!...

- Frias, A. & Franco, V. (2008). A *Preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo*. *Internacional journal of development and educational psychology*, 1(1), 47-54.
- García, C. & García, E. (1955). Epinephrine-like substance in the blood and their relation to uterine inertia. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 69, 812-820.
- Graça, L. (2005). *Medicina materno-fetal*. Vol1. (3.ª ed.) Lisboa: Edições Técnicas Lda.
- Hurtado, F., Donat, F., Escrivá, P. & Poveda, C. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuaderno de medicina Psicosomatica y psiquiatria de Enlace*. 66, 32-45.
- Loureiro, R., Ferreira, M. & Freitas, P. (2008). Satisfação da mulher como parto hospitalar: a realidade nacional. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 8, 10-13.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7.ª ed.) Loures: Lusodidacta. (Obra original em inglês publicada em 2006).
- Kelly, J. (1962). Effects of fear on uterine motility. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 83, 576-581.
- Martins, J. (2002). *Avaliar a dor em obstetria. Dor (APED)*. [s.l.]. 8 (3) 7-15.
- McNiven, P., Williams, J. & Hodnett E. (1998). Early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*, 25, 5-10.
- Niven, C. (1988). Labour pain: long-term recall and consequences. *Journal of reproductive and infant psychology*, 6, 83-87.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (4.ª ed.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Vellay, P. (1998). *A vida sexual da mulher: o método psicoprofiláctico do parto sem dor*. (8.ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.

NOTAS

- ¹ Os testes *t* permitem testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo em um ou em dois grupos, formados a partir de uma variável qualitativa. Este teste (*teste t*) compara a média de uma variável num grupo com a média da mesma variável noutro grupo. (Pestana & Gageiro, 2000).
- ² Pressuposto da normalidade e da igualdade de variâncias. Nos casos em que as amostras têm dimensão superior a 30, não é necessário analisar a aderência de cada grupo à normalidade, através do teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* (Teste K-S) ou do Teste de Shapiro-Wilk, uma vez que se assume, pelo teorema do limite central, que a distribuição T com *v* graus de liberdade, se aproxima da distribuição normal, obtendo-se as mesmas conclusões (Pestana & Gageiro, 2000). O SPSS apresenta, conjuntamente com o teste *t*, o *teste de Levene* para a igualdade de variâncias.